exciser les fongosités, et à faire des pansements à l'iodoforme ou à l'emplâtre de Vigo. On aura soin d'administrer la médication anti-scrofuleuse.

IV

TUMEURS SOUS-UNGUÉALES

L'exostose sous-unguéale du gros orteil n'a avec l'ongle que des rapports de voisinage, et il n'en sera pas question ici. Je dois mentionner certaines productions morbides nées du derme sous-unguéal. On trouve, dans le traité de Follin, une mention des hypertrophies papillaires; mais les études un peu précises sont toutes récentes. Elles sont dues, en 1888, au professeur Le Fort et à son élève P. Thiéry. Puis sont venues des observations de G. Marchant, de Le Clerc (de Saint-Lô), de Brunon (de Rouen), de Toupet et Peyrot. Ces matériaux ont été réunis dans la thèse de Lebouc[1].

Les tumeurs sous-unguéales atteignent surtout le gros orteil de sujets jeunes et ont pour cause la pression exercée par des chaussures trop étroites sur la face dorsale de l'ongle. Les symptômes fonctionnels attirent vite l'attention, car la douleur pendant la marche est vive. On voit alors qu'une saillie plus ou moins dure soulève l'ongle au niveau du sillon antérieur. La tumeur naît quelquefois au centre du derme sous-unguéal, et apparaît par transparence, sous forme d'une tache jaunâtre. Il n'y a pas de phénomènes inflammatoires.

Les caractères précédents sont communs aux diverses *variétés anatomiques* des tumeurs sous-unguéales. Ces variétés sont multiples, et l'on a signalé le durillon simple, le papillome, le fibrome, le myome, et même l'épithélioma tubulé. Le myome à fibres lisses observé par Blum, le fibrome vu par Verneuil, avaient décollé et chassé l'ongle, puis s'étaient ulcérés. Les durillons et papillomes décrits par Le Fort, Thiéry, Le Clerc, G. Marchant, n'avaient pas produit une semblable lésion. L'ongle était soulevé, mais non décollé.

Le *pronostic* est bénin, toutes réserves faites pour l'épithélioma, quoique la malade de Peyrot soit indemne de récidive au bout d'un an.

Le *traitement* consistera en l'ablation de la tumeur après arrachement de l'ongle. Le papillome traité par Gérard Marchant a repullulé sur place, en sorte qu'il fallut amputer la phalange pour parvenir à la guérison radicale.

(1) Thiéry, *Bull. de la Soc. anatom.*, 1888, p. 332. — R. Leclerc, *Ibidem*, p. 446. — Toupet, Épithélioma sous-unguéal. *Ibidem*, 1889, p. 30. — L. Lebouc, Thèse de Paris, 1888-1889, n° 359.

[A. BROCA.]

LYMPHATIQUES, MUSCLES TENDONS, SYNOVIALES TENDINEUSES ET BOURSES SÉREUSES

Par le Dr FÉLIX LEJARS

Professeur agrégé à la Faculté de médecine. — Chirurgien des hôpitaux de Paris.

CHAPITRE PREMIER

VAISSEAUX LYMPHATIQUES

Le système lymphatique est un des derniers venus en pathologie. Trop fins, les vaisseaux lactés d'Aselli (1622), de Pecquet, de Rüdbeck, de Bartholin, se prêtaient mal aux procédés d'analyse qui étaient ceux de la clinique et de l'anatomie pathologique au siècle dernier; aussi, quand les recherches de Hewson, de Cruikshank, et surtout de Mascagni eurent achevé presque la description topographique du système, l'application qu'on voulut faire des données nouvelles à la pathologie fut-elle encore tout hypothétique; ainsi en est-il des Traités d'Assalini (1) et de Sœmmering (2).

Au mémoire d'Alard (1824) débute l'histoire précise de la pathologie lymphatique: Andral, Cruveilhier, Breschet, J. Roux, Bouisson et plus tard Chassaignac apportent de nouveaux documents.

Mais c'est à Velpeau que revient l'honneur d'en avoir le plus loin poursuivi l'étude. Il sut prévoir l'immense rôle qui était réservé au système lymphatique, et son article *Angioleucite* (3) reste comme un monument d'analyse clinique; la théorie infectieuse contemporaine y est contenue tout entière.

A l'avènement des doctrines microbiennes, le rôle des absorbants allait grandir encore: ils devenaient l'une des voies principales de l'inoculation et de la diffusion virulentes, et on les trouve mêlés aux maladies de la plupart des organes et des tissus.

Aussi leur histoire est aujourd'hui trop large pour entrer tout entière dans le cadre d'un *Traité de chirurgie*, et, du reste, l'heure n'est pas venue encore où les nombreux problèmes de pathologie générale qu'elle soulève pourraient recevoir une solution définitive.

(1) Assalini, *Essai médical sur les vaisseaux lymphatiques*. Turin, 1787.
(2) Soemmering, *De morbis vasorum absorbentium*. Francfort, 1795.
(3) *Dict. Encyclopédique*, 1866.

[F. LEJARS.]

I

PLAIES DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES

MICHEL, *Gazette méd. de Strasbourg*, 1853, et *Gaz. des hôp.*, 1853. — LEUDESDORF, Ein Fall von Lymphgefässfistel. *Arch. für klin. Chir.*, t. III, p. 417, 1862. — BOULANGER, De la lymphorragie, et en particulier de la lymphorragie consécutive aux plaies et aux inflammations suppurées des vaisseaux et des ganglions lymphatiques. Thèse de doct., 1876. — QUINCKE, Krankheiten der Lymphgefässe. *Ziemssen's Handbuch*, 1876. — JOURDAN, Thèse de doct. de Montpellier, 1880. — BÆGEHOLD, Ueber die Verletzungen des Ductus Thoracicus. *Archiv für klin. Chir.*, Bd. XXIX, 1883, p. 446. — SLAJAN GEORGJEVIC, Ueber Lymphorroe und Lymphangiome. *Arch. für klin. Chir.*, Bd. XII, 1870, p. 641. — GUSSENBAUER, Die traumatischen Verletzungen. *Deutsche Chir.*, t. XV, p. 114. — KÖHLER, *Deutsche Zeitschrift für Chir.*, t. XIX, fasc. 1, p. 44. — J. REVERDIN, *Revue méd. de la Suisse romande*, 20 mars 1889. — HEUSNER, Des kystes lymphatiques traumatiques. *Deutsche med. Woch.*, 9 mai 1889.

Leur fréquence est extrême, il n'est pas de plaie des parties molles qui n'ouvre des réseaux lymphatiques, mais elles passent inaperçues. La lymphe ne se reconnaît pas, mêlée au sang; plus tard, elle se confond avec le liquide exsudé de la plaie, « la lymphe plastique ». Certaines plaies qui dénudent de larges surfaces musculaires déterminent un écoulement considérable de lymphe, en déchirant le réseau péri-musculaire (Ludwig); mais les lymphatiques ouverts, comme les petites veines, s'affaissent et se cicatrisent très vite. Monro avait vu déjà que le canal thoracique lui-même, blessé expérimentalement sur un porc, s'obturait très rapidement par la coagulation de la lymphe.

Pour que la plaie lymphatique ait une histoire clinique, il faut qu'elle reste béante et qu'elle soit suivie de *lymphorragie*. Cet accident ne s'observe guère que sur les gros vaisseaux, et dans des régions où ils adhèrent à une lame aponévrotique épaisse qui les empêche de s'affaisser.

C'est au pourtour des articulations, au pli du coude, à la face interne de la cuisse (Assalini), au cou-de-pied, au-devant des malléoles interne et externe, au cou, que se voient ces fistules traumatiques. Van Swieten avait observé un écoulement continu de lymphe goutte à goutte, à la suite de la saignée du bras; Michel (de Strasbourg) a publié deux observations analogues. Le malade de Hewson, un boucher, laissa tomber son couteau sur le dos de son pied, il se trancha l'un des gros lymphatiques qui longent le devant de la malléole interne: abondante lymphorragie. Monro l'avait vu succéder à l'extirpation d'une tumeur du bras. A plus forte raison, s'il porte sur une dilatation préexistante, le traumatisme déterminera-t-il fistule et lymphorragie (voy. *Lymphangiectasies*).

Sur 28 cas de plaies des lymphatiques, Slajan Georgjevic relève 5 plaies du canal thoracique, et, parmi les 23 autres qui intéressaient de gros troncs périphériques, 6 avaient succédé à la saignée, 2 à l'ouverture de bubons, 9 à des incisions ou à des ponctions, et les 5 dernières à des incisions d'abcès ou des ablations de tumeurs.

Nous laisserons de côté les plaies du canal thoracique, dans son trajet thoraco-abdominal (voy. *Thorax*); mais il a quelquefois été blessé au cou, et Bœgehold, Vagedes, Weischer ont relaté des observations de Wilms, Maas, Schönborn, où le canal fut ouvert au cours de l'extirpation d'une tumeur de la région sus-claviculaire gauche. Un jet, gros comme une paille, d'un liquide blanchâtre, révéla l'accident ou plutôt le fit soupçonner, dans le fait de Wilms;

[F. LEJARS.]

Schönborn reconnut la plaie du canal thoracique, près de son embouchure, et acheva de le sectionner, entre deux ligatures.

Mais il est plus commun que l'accident ne se révèle que plus tard, une fois l'hémostase faite; la lymphe continue à suinter; la lymphorragie est définitivement installée. Nous y reviendrons plus loin.

La lymphe se distingue aisément de la synovie, plus visqueuse, non coagulable, et qui ne contient pas de globules blancs; elle cesse de couler si l'on comprime au-dessous de la plaie, elle coule plus abondamment par la pression exercée de bas en haut suivant l'axe du membre; ces données suffisent à faire différencier, au pourtour des articulations, une fistule lymphatique d'une plaie de la synoviale ou des gaines tendineuses.

Ces plaies lymphatiques n'ont en elles-mêmes qu'un gravité fort minime; les accidents locaux, la lymphangite, sont rares à leur suite; toute leur importance relève de la fistule lymphatique qui peut leur succéder. C'est à elle que doit s'adresser surtout le traitement. A l'origine, si la plaie est reconnue, il faut recourir à la compression avec tamponnement antiseptique. La compression est encore de mise plus tard, dans les premiers temps de la fistule lymphatique: compression exercée au-dessous de la plaie à l'aide d'un bandage ou avec le doigt. Leudesdorf (1) a obtenu une guérison après huit heures de compression digitale. L'insuccès de la compression au-dessous de la fistule autoriserait à la faire sur la fistule elle-même, mais cette compression directe a produit dans certains cas la rétention de la lymphe, l'œdème et des abcès à répétition. On préfère recourir aux caustiques, ou au fer rouge, pour détruire les bords souvent indurés de la fistule et l'oblitérer définitivement.

RUPTURES DES VAISSEAUX LYMPHATIQUES

Sans parler des ruptures du canal thoracique, il faut faire une place aux ruptures sous-cutanées des lymphatiques, qui, d'après Güssenbauer et Köhler, donnent naissance à ce que Morel-Lavallée a décrit sous le nom d'épanchements traumatiques de sérosité (*voy.* ce mot). Heussner a fourni tout récemment deux nouvelles observations de ces « kystes lymphatiques traumatiques », et la ponction a donné, dans les deux cas, un liquide d'aspect et de composition identiques à ceux de la lymphe.

II

LYMPHANGITE AIGUË

L'inflammation des vaisseaux lymphatiques a été dénommée *lymphangite* par Bouillaud, et *angioleucite* par Velpeau, ou encore *lymphite*, *lymphatite*, etc.

VELPEAU, Mémoire sur les maladies du système lymphatique. *Arch. de médecine*, 1835, t. VIII, p. 319. — Observations d'angioleucite. *Gaz. des hôp.*, 1847, p. 531. — Art. ANGIOLEUCITE. *Loc. cit.* — Thèses de Daret, 1835; Turrel, 1844; Delay, 1852; Escorne, 1866. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, Lymphatiques utérins et lymphangite utérine. Thèse de doct., 1870. — CHASSAIGNAC, Traité de la suppuration. — Société de chirurgie, discussion de 1872 (Lymphangite et érysi-

(1) LEUDESDORF. *Heilung einer Lymphgefässfistel durch Fingerdruck. Archiv f. klin. Chir.*, Bd. III, 1862, p. 417.

[F. LEJARS.]